

## STERBEN ALS AUFGABE?

### ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN ZU SCHWIERIGEN ENTSCHEIDUNGEN AM LEBENSENDE<sup>1</sup>

#### 1. WAHRNEHMUNGEN

Während Elisabeth Kübler-Ross mit ihrem Buch „On Death and Dying“<sup>2</sup> im Jahr 1969 noch ein gesellschaftliches Tabu anrührte, sind Sterben und Tod heute zu omnipräsenten Themen geworden. Das öffentliche Sterben Johannes Paul II. im Jahr 2005, die Debatten um das Sterben von Terry Schiavo in den USA, Diane Pretty im Vereinigten Königreich, Eluana Englaro und Piergiorgio Welby in Italien, Vincent Humbert und Chantal Sébire in Frankreich, Noël Martin in Deutschland und Gunter Sachs in der Schweiz sind nur einige Beispiele, sozusagen die Spitze des Eisbergs, um das immense gesellschaftliche Interesse an Sterben und Tod zumindest in den Hochlohnländern der Welt aufzuweisen.

Dafür, dass die These von der Verdrängung des Todes in unserer Gesellschaft nicht mehr zutrifft, lassen sich viele weitere Hinweise finden. So besteht offensichtlich eine große Aufmerksamkeit für die Themen der Sterbe- und Suizidhilfe, wie nicht nur weltweit erfolgreiche Kinofilme wie Alejandro Amenàbars „Mar adentro“ und Clint Eastwoods „Million Dollar Baby“ zeigen.<sup>3</sup> Auch die Hospiz- und Palliative Care-Bewegungen erfahren zunehmend Aufmerksamkeit. Ausstellungen wie „Noch einmal leben vor dem Tod“<sup>4</sup> mit überlebensgroßen Portraits Sterbender und Toter, zu Gast in Deutschland, Schweiz, Österreich, Israel und England, werden wochenlang verlängert, spezialisierte Internetseiten<sup>5</sup> bringen täglich neue Nachrichten zu Sterben und Tod. Leicht ließen sich Institutionalisierung, Professionalisierung, Legalisierung, Politisierung und nicht zuletzt auch Ökonomisierung der letzten Lebensphase anhand einschlägiger Beispiele aufzeigen. Ein Spiegel dafür sind gegenwärtig erscheinende Handbücher mit teilweise enzyklopädischem Anspruch, in welchen der Versuch unternommen wird, selbst die entlegensten Winkel des menschlichen Sterbens wissenschaftlich auszuleuchten und zugänglich zu machen.<sup>6</sup> In der Soziologie ist in diesem Zusammenhang von der „neuen Sichtbarkeit

1 Der Text geht auf einen Vortrag zurück, der an der Jahrestagung der Schweizerischen Vereinigung für Rechts- und Sozialphilosophie zum Thema „Ethik und Recht in der Bioethik“ am 11./12.5.2012 an der Universität Luzern gehalten wurde.

2 In deutscher Übersetzung: Elisabeth Kübler-Ross, *Interviews mit Sterbenden*, Stuttgart: Kreuz-Verlag, 2010 (zuerst Stuttgart: Kreuz-Verlag, 1969).

3 Vgl. die Beobachtungen dazu bei Frank Mathwig, *Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhilfediskussion in der Schweiz aus theologisch-ethischer Sicht*, Zürich: TVZ, 2010.

4 Vgl. Beate Lakotta/Walter Schels, *Noch mal leben vor dem Tod. Wenn Menschen sterben*, München: DVA Sachbuch-Verlag, 2004.

5 Vgl. z. B. [www.sterbehilfedeu.de](http://www.sterbehilfedeu.de).

6 Vgl. z. B. aktuell in deutscher Sprache: Héctor Wittwer/Daniel Schäfer/Andreas Frewer (Hg.), *Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik. Ein interdisziplinäres Handbuch*, Stuttgart/Weimar: J. B. Metzler, 2010; Franz-Josef Bormann/Gian-Domenico Borasio (Hg.), *Sterben. Dimensionen eines*

des Todes“<sup>7</sup>, der „Entdeckung des Sterbens“<sup>8</sup>, sogar von der „Geschwätzigkeit des Todes“<sup>9</sup> die Rede.

Diese Veränderungen sind allerdings von einer tiefen Ambivalenz gekennzeichnet.<sup>10</sup> Während heute viele Menschen mehr über Sterben und Tod wissen möchten, insbesondere über Erfahrungen und Möglichkeiten, das eigene Sterben abzusichern, erleben die Wenigsten das Sterben von Menschen real mit. Dieses geschieht vielmehr in speziellen Institutionen wie Pflegeheimen, Palliative Care-Stationen und Hospizen, es entstehen neue Berufe rund um die Begleitung Sterbender, so dass die unmittelbare Erfahrung nur noch Wenigen zugänglich ist. In der Thanatosoziologie werden diese Prozesse als eine Form gesellschaftlicher Diskursivierung von Sterben und Tod interpretiert. In dieser zeichne sich, so der Soziologe Werner Schneider, eine umfassende Um- bzw. Neuordnung des Lebensendes ab:

„Die zu beobachtende zunehmende öffentliche Diskursivierung von Sterben und Tod birgt eine Um- bzw. Neu-Ordnung der modernen Ordnung des Lebensendes in sich, in der die ‚natürliche Gegebenheit‘ des Todes als ‚dem Feind des Lebens‘, die ihm die Moderne erst verliehen hat, wieder verschwindet. Die öffentlichen Auseinandersetzungen um die Gültigkeit von Todesdefinitionen und Organspende-Ausweis, um Sterbehilfe versus Sterbebegleitung, um Patientenverfügungen und Behandlungsabbruch am Lebensende usw. kreisen nicht mehr primär um den medizinisch (an-)geführten Kampf für das Leben und damit gegen ‚den Tod‘. Sondern sie verweisen vielmehr auf eine neue Form der sozialen und kulturellen ‚Sicherstellung‘ von Sterben und Tod.“<sup>11</sup>

Entsprechend dieser Diagnose sind wir gegenwärtig Zeugen eines veränderten Umgangs mit der letzten Lebensphase: Der Tod wird nicht mehr als unter allen Umständen abzuwendendes Schicksal verstanden, sondern als eine zu gestaltende Aufgabe. Kontrolle und Sicherstellung sind die entscheidenden Stichpunkte, um diesen neuen Umgang mit dem Sterben zu charakterisieren. Mit diesen einher gehen bestimmte Ideale, wie ein gutes Sterben heute aussehen sollte, eine moderne *ars moriendi* sozusagen: Zentrale Werte sind dabei die Selbstbestimmung und das Sterben

*anthropologischen Grundphänomens*, Berlin: De Gruyter 2012; Michael Anderheiden/Wolfgang U. Eckhart/Eva Schmitt (Hg.), *Handbuch Sterben und Menschenwürde*, erscheint im Herbst 2012 in drei Bänden in Berlin bei De Gruyter.

- 7 Thomas Macho/Kristin Marek (Hg.), *Die neue Sichtbarkeit des Todes*, München: Wilhelm Fink-Verlag, 2007.
- 8 So die Berner Soziologin Ursula Streckeisen in einem Gespräch, vgl. Ursula Streckeisen, Legitime und Illegitime Schmerzen. Ärztliche und pflegerische Strategien im Umgang mit invasiven Maßnahmen bei Sterbenden, in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008, 191–213.
- 9 Armin Nassehi, „Worüber man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen.“ Über die Geschwätzigkeit des Todes in unserer Zeit, in: Konrad Paul Liessmann (Hg.), *Ruhm, Tod, Unsterblichkeit*, Wien: Zsolnay, 2004, 118–145.
- 10 Vgl. Werner Schneider, Wandel und Kontinuität von Sterben und Tod in der Moderne. Zur gesellschaftlichen Ordnung des Lebensendes, in: Ingo Bauernfeind/Gabriela Mendl/Kerstin Schill (Hg.), *Über das Sterben. Entscheiden und Handeln am Ende des Lebens*, München: Zuckschwerdt Verlag, 2005, 30–54.
- 11 Schneider (Fn. 10), 41 f. Vgl. auch Markus Zimmermann-Acklin, Öffentliche Sterbehilfediskurse in Deutschland und in der Schweiz. Beobachtungen aus ethischer Sicht, in: Michael Anderheiden/Wolfgang U. Eckhart/Eva Schmitt (Hg.), *Handbuch Sterben und Menschenwürde*, erscheint im Herbst 2012 in drei Bänden in Berlin bei De Gruyter.

verstanden als ein vom Sterbenden kontrollierter, bewusster und aktiver Akt bei möglichst hoher Lebensqualität bis zuletzt. Abgesehen von grundlegenden Differenzen hinsichtlich der Einschätzung eines Suizids werden die angedeuteten Ideale sowohl von der Palliative Care-Bewegung als auch den Suizidhilfeorganisationen geteilt und sind auch die Grundlage für die Idee der Patientenverfügung.<sup>12</sup> Wie alle Ideale wirken auch diese normativ<sup>13</sup> und werden unter Umständen für Menschen zur Schwierigkeit, die diese Ideale nicht erfüllen können, insbesondere Neugeborene, kleine Kinder und alte Menschen mit Demenzerkrankungen. Entsprechend sprachlos sind heute Ethik-Expertinnen und -Experten, wenn es um die Formulierung normativer Orientierungen angesichts schwieriger Entscheidungen in der Neonatologie und bei Demenzkranken geht.

## 2. VERSORGUNG, BEGRIFFE UND LEBENSENDE-ENTSCHEIDUNGEN

Viele Institutionen und Vereinigungen, beispielsweise die Protagonisten der Palliative Care- und Hospizbewegung, Berufsverbände, Patientenverbände, aber auch politische Parteien und Kirchen beklagen heute den Mangel an einer spezifisch ausgerichteten Versorgung von Menschen am Lebensende. Die kritisierten Zustände und konkreten Forderungen zeigen zum einen, dass politische Maßnahmen weit über den Bereich der eigentlichen Gesundheitsversorgung hinausgehen sollten und zum andern, dass Probleme nicht nur durch einen Mangel an Ressourcen, sondern auch durch Überversorgung entstehen können.

Am eindeutigsten vertreten wird die Forderung nach der Anerkennung und Etablierung von Palliative Care für alle Patientengruppen und Regionen. Insbesondere wird das einseitige Angebot für Tumorpatienten und geriatrische Patienten sowie die Konzentration auf städtische Agglomerationen hervorgehoben.<sup>14</sup> De facto sollte die lindernde Medizin, Pflege und Begleitung möglichst allen chronisch Kranken und Sterbenden zur Verfügung stehen, wozu ein langjähriger Aufbau entsprechender Einrichtungen inklusive der Ausbildung des notwendigen Personals von Bedeutung ist.<sup>15</sup> Eine große Herausforderung ergibt sich zudem aus der stetig stärker

12 Vgl. Samia A. Hurst/Alexandre Mauron, „The Ethics of Palliative Care and Euthanasia. Exploring Common Values“, *Palliative Medicine* 20 (2006), 107–112. Vgl. dagegen aber auch: Jose Pereira et al., „The Response of a Swiss University Hospital’s Palliative Care Consult Team to Assisted Suicide Within the Institution“, *Palliative Medicine*, 22 (2008), 659–667; Courtney S. Campbell/Jessica C. Cox, „Hospice and Physician-Assisted Death. Collaboration, Compliance, and Complicity“, *Hastings Center Report* 40 (2010), No. 5, 26–35.

13 Vgl. dazu die ethnographischen Beobachtungen von Stefan Dresske, Interaktionen zum Tode. Wie Sterben im Hospiz orchestriert wird, in: Petra Gehring/Marc Rölli/Maxine Saborowski (Hg.), *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2007, 77–101; ders., Die Herstellung des „guten Sterbens“. Arbeit an der Identitätssicherung im Hospiz, in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008, 215–235.

14 Für die internationale Diskussion vgl. Joachim Cohen/Luc Deliens (Eds.), *A Public Health Perspective on End of Life Care*, New York: Oxford University Press, 2012.

15 Vgl. Bundesamt für Gesundheit & Gesundheitsdirektorenkonferenz (Hg.), *Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012: Halbzeit. Aktueller Stand der Umsetzung und Ausblick*, Bern 2011; dies.,

werdenden Berufstätigkeit von Frauen. Analog zur Frage nach der Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern stellt sich in gleicher Weise auch die Frage, wer den nötigen zeitlichen und räumlichen Freiraum hat, um sich um die abhängigen, pflegebedürftigen und sterbenden älteren Menschen zu kümmern. Erste Erfahrungen mit so genannten Pflegeurlaube in Nachbarländern der Schweiz wie Österreich können hier als Orientierungspunkte dienen. Problemanzeigende Fragen, die darüber hinaus gestellt werden, thematisieren die Fragmentierung der Versorgung in einem modernen Akutkrankenhaus, welche Sterbende völlig überfordern kann, greifen die Entscheidungen bei den so genannten Last-chance-Therapien<sup>16</sup> auf und machen auf einen vermutlich mittelfristig zu erwartenden Notstand in der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen aufmerksam, der mit dem Wegschmelzen des Hausärzterberufs verknüpft ist.

Was die Begrifflichkeit in den Sterbehilfedebatten angeht, hat sich in der Schweiz seit dem Bericht der „Arbeitsgruppe Sterbehilfe“ von 1999<sup>17</sup> eine Praxis ergeben, die eng entlang gesetzlicher Regelungen orientiert ist: Es wird zwischen direkter aktiver, indirekter aktiver, passiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Selbstmord unterschieden. Wesentlich ist dabei die Unterscheidung zwischen Sterbehilfe und der Suizidhilfe, insofern die Tatherrschaft bei beiden Handlungen verschieden ist. Mit den Begriffen aktiv und passiv soll die Handlung, mit den Adjektiven direkt und indirekt die Absicht der handelnden Person charakterisiert werden. Die direkte aktive Sterbehilfe meint demnach die gezielte (beabsichtigte) Tötung zur Verkürzung des Leidens eines anderen Menschen, die indirekte aktive Sterbehilfe den Einsatz von Mitteln zur Linderung eines Leidens unter (unbeabsichtigter) Inkaufnahme einer Lebensverkürzung. Die passive Sterbehilfe umschreibt den Verzicht auf lebenserhaltende Mittel durch einen Behandlungsabbruch oder -verzicht, die Suizidhilfe die Unterstützung eines suizidwilligen Menschen bei der Durchführung der Selbsttötung durch Besorgen oder Bereitstellung der tödlich wirkenden Mittel bzw. der Anleitung in der Handhabung derselben.

Der Nationale Ethikrat in Deutschland hat dafür plädiert, die Rede von aktiver, passiver, direkter und indirekter Sterbehilfe ganz aufzugeben und stattdessen nur noch zwischen Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende, Sterbenlassen, Beihilfe zur Selbsttötung und der Tötung auf Verlangen zu unterscheiden.<sup>18</sup> Da die heutigen Auseinandersetzungen sowohl auf interdisziplinäre als auch auf eine europäische Verständigung angewiesen sind, liegt es tatsächlich nahe, auf die abgekürzten Begrifflichkeiten zu verzichten und stattdessen in jedem Einzelfall möglichst deskriptiv zu umschreiben, was jeweils gemeint ist. Der begriffliche Bezug auf die Intention oder Absicht des Handelnden wird allerdings nach wie vor notwendig bleiben, da je nach Handlungsabsicht sowohl ein Sterbenlassen moralisch äußerst verwerflich sein als auch eine „indirekte Tötung“ (als Inkaufnahme einer Lebensver-

*Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015. Bilanz „Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012“ und Handlungsbedarf 2013–2015*, Bern, 2012.

16 Vgl. dazu die hilfreichen Ausführungen bei Leonard Fleck, *Just Caring. Health Care Rationing and Democratic Deliberation*, New York: Oxford University Press, 2009, 229–253.

17 Vgl. Arbeitsgruppe Sterbehilfe, *Sterbehilfe. Bericht an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement*, Bern, 1999.

18 Vgl. Nationaler Ethikrat, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme*, Berlin, 2006, 26–30.

kürzung bei einer Maßnahme zur Schmerzlinderung oder Symptomkontrolle) zur ärztlichen Pflicht werden kann. Nicht zu umgehen ist zudem, dass sich in jeder Terminologie – wie beispielsweise die Rede vom Selbstmord, Suizid, Selbsttötung oder Freitod zeigt – Werturteile verbergen. Diese sollten möglichst transparent gemacht und zur Sprache gebracht werden, um Missverständnisse zu vermeiden, Verständigung zu ermöglichen und nicht zuletzt sensibel zu bleiben für alle Formen von Sprachpolitik.

Über die Entscheidungspraxis in der Schweiz ist heute relativ wenig bekannt. Die Ergebnisse der so genannten EURELD-Studie, in deren Rahmen medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern im Jahr 2001 erforscht wurden, haben gezeigt, dass in der Schweiz bei gut jedem zweiten Sterbefall Entscheidungen getroffen wurden, welche das Lebensende der Betroffenen beeinflussen.<sup>19</sup> Quantitativ standen dabei Entscheidungen zum Behandlungsabbruch und -verzicht (bei 28% aller Sterbefälle) sowie zur Linderung von Symptomen und Schmerzen mit Einflussnahme auf den Todesverlauf (bei 22%) deutlich im Vordergrund. Die ethisch umstritteneren und teilweise auch strafrechtlich verbotenen Handlungen wie die Tötung auf Verlangen (0,27%), die Suizidhilfe (0,36%) oder auch Fälle von Mitleidstötung (0,42%) wurden gemäß Studienergebnissen in der Schweiz relativ selten praktiziert. Auffällig und näher anzuschauen bleibt hingegen die Tatsache, dass gemäß dieser Studie die rechtlich verbotene Mitleidstötung (auch nicht-freiwillige aktive Sterbehilfe genannt) häufiger als die rechtlich unter Umständen erlaubte Suizidhilfe praktiziert wurde.

Neue Angaben zur Suizidhilfe zeigen, dass diese 2009 von knapp 300 Personen mit Wohnsitz in der Schweiz in Anspruch genommen wurde. Bei gesamthaft 62'500 Todesfällen im Jahr 2009 wäre das ein Anteil von knapp 0,5%. Während der letzten zehn Jahre ist die Rate kontinuierlich gestiegen, nämlich von ca. 100 registrierten Fällen im Jahr 2000 auf ca. 300 im Jahr 2009; die Beihilfe wurde deutlich häufiger von Frauen als von Männern beansprucht. Während sie nur selten von jungen Menschen und relativ selten von hochaltrigen Menschen über 85 Jahren erbeten wird, ist die Praxis bei 74- bis 85-jährigen Menschen am stärksten.<sup>20</sup>

### 3. STERBEWÜNSCHE VON HIJOB BIS HEUTE

„Ich möchte die Erdrosselung mir wünschen: Der Tod ist mir lieber als meine Schmerzen. Schon schwind ich hin; nicht ewig kann ich leben. Lass ab von mir! Denn nur ein Hauch sind meine Tage.“ So klagte bereits der biblische Hiob bei Gott (Hiob 7,15 f).

Sterbewünsche werden auch heute häufig und in unterschiedlichsten Kontexten geäußert. Nicht selten sind Menschen betroffen, die sich in geriatrischer Behandlung befinden, alt und gebrechlich in einem Pflegeheim leben, oder auch – unabhängig vom Alter – aufgrund einer schweren Erkrankung beispielsweise unter chronischen Schmerzen leiden. Äußert ein Mensch in einer solchen Situation, er möchte

19 Vgl. Agnes van der Heide et al., „End-of-life Decision-Making in Six European Countries: Descriptive Study“, *Lancet* 362 (2003), 345–350.

20 Vgl. Bundesamt für Statistik, „Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz“, *BFS Aktuell*, Nr. 3, Neuchâtel, 2012.



lieber tot sein als unter den gegebenen Umständen weiter leben zu müssen, kann diese Aussage sehr unterschiedliche Botschaften beinhalten.

Es kann beispielsweise, so Daniel Grob, Chefarzt der Geriatrie am Waidspital Zürich, Ausdruck einer tief empfundenen Lebensmüdigkeit bei sehr alten Menschen sein, die nicht selten alle Bekannten verloren haben, an vielerlei Gebrechen leiden und nicht mehr weiterleben möchten. Die Botschaft könne auch Ausdruck von einem hohen Grad an körperlichem Leiden oder Schmerzen sein, Ausdruck auch von einer so empfundenen sozialen Wertlosigkeit oder einer Depression, die dann behandelt werden sollte. Es könne sich auch eine Testfrage an den Arzt oder die Ärztin darin verbergen, in dem Sinne von: ‚Lässt er oder sie mich fallen oder nicht?‘; schließlich könne es auch um ein Kokettieren mit dem Tod gehen, insofern die Beschäftigung mit dem Tod im hohen Alter etwas völlig Normales sei und dann beispielsweise meinen, dass jemand gerne über diese Fragen sprechen würde.<sup>21</sup> Roland Kunz, Spezialist für Palliative Care am Spital Affoltern am Albis, ergänzt, dass auch Ängste der Grund für Sterbewünsche sein können: Ängste vor unerträglichen Schmerzen, vor dem Erstickten, davor, körperlichen Symptomen hilflos ausgeliefert zu sein oder schlicht alleine gelassen zu werden. Seiner Erfahrung nach verschwinden solche Sterbewünsche häufig, sobald eine wirksame Symptomtherapie und Begleitung begonnen werden konnten.<sup>22</sup> Ganz andere Herausforderungen können Sterbe- und insbesondere Suizidwünsche bei psychisch Kranken mit sich bringen, wie Paul Hoff von der Psychiatrischen Uniklinik in Zürich betont: Hier gelte es herauszufinden, inwieweit ein Sterbewunsch Teil einer Erkrankung ist oder inwieweit dieser in Auseinandersetzung mit der Erkrankung entstanden ist. Dies abzuklären setze voraus, Zeit zu haben, die Bereitschaft, sich unvoreingenommen auf die Lebens- und Wertewelt des Sterbewilligen einzulassen und vor allem auch psychiatrische Erfahrung im Umgang beispielsweise mit schwer depressiven Patienten.<sup>23</sup>

Ein qualitatives Forschungsprojekt zu Sterbewünschen von krebserkrankten Menschen am Lebensende hat ergeben, dass Sterbewünsche selten als eine feste Geisteshaltung und Entscheidung zu verstehen sind, sondern offenbar einen komplexen, dynamischen und interaktiven Prozess widerspiegeln.<sup>24</sup> Der Wunsch könne sich wandeln, umfasse verschiedene Anliegen und sei nicht selten auch widersprüchlich: Manche Patienten äussern sowohl ihre Bereitschaft zu sterben als auch den Wunsch, bald nach Hause zurückzukehren. Ambivalenzen würden wir auch aus anderen Lebensbereichen kennen, am Lebensende seien sie allerdings besonders prekär, so ein Mitglied des Forschungsteams, Christoph Rehmann-Sutter, in einem Interview.<sup>25</sup> Als wichtig habe sich herausgestellt, auf Wünsche einzugehen und die tieferen Be-

21 Vgl. Daniel Grob, „Vom Umgang mit Sterbewünschen: ‚Ich möchte sterben‘ heisst nicht ‚Ich will mich umbringen‘“, *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (2012), 493–494.

22 Vgl. Roland Kunz, „Lebens- und Sterbenswünsche bei unheilbarer Krankheit“, *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (2012), 669–670.

23 Vgl. Paul Hoff, „Suizidwunsch bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Symptom oder autonomer Entscheid?“, *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (2012), 852–853.

24 Kathrin Ohnsorge et al., „‚Ambivalence‘ at the end of life: How to understand patients’ wishes ethically“, in: *Nursing Ethics* 19 (2012), 629–641.

25 Vgl. Nina Streeck, „Lieber tot als lebendig? Viele unheilbar kranke Menschen sehnen den Tod herbei. Dahinter verbergen sich vielfältige und häufig widersprüchliche Anliegen. Wünsche zu sterben und zu leben wechseln sich oft ab“, *NZZ am Sonntag* (9.9.2012), 59.

weggründe in der Lebensgeschichte und im Beziehungsumfeld eines Sterbewilligen zu erkunden.

Eine weitere Schweizer Studie, in welcher die Motive von Menschen erkundet wurden, welche zwischen 2001 und 2004 in der Stadt Zürich um Suizidhilfe gebeten und in der Folge auch einen begleiteten Suizid durchgeführt hatten, hat ergeben, dass sowohl von den verschreibenden Ärzten als auch den Sterbewilligen als Grund für die gewünschte Beihilfe am häufigsten „Schmerzen“ (56 % von Ärzten, 58 % von Sterbewilligen) angegeben wurden.<sup>26</sup> „Langzeitpflege“ (37 % und 39 %) rangierte an zweiter Stelle, dann folgten „neurologische Symptome“ (35 % und 32 %), „Bewegungsunfähigkeit“ (23 % und 30 %) und „Atemnot“ (beide 23 %). Auffällig ist, dass einige, vor allem psychosoziale Gründe, von Sterbewilligen weitaus häufiger angegeben wurden als von den verschreibenden Ärzten, nämlich „Kontrolle über das Sterben“ (12 % und 39 %), „Verlust der Würde“ (6 % und 38 %), „allgemeine Schwäche“ (13 % und 26 %), „an alltäglichen Aktivitäten nicht mehr teilnehmen können“ (6 % und 18 %) sowie „Schlafstörungen und Konzentrationsprobleme“ (4 % und 13 %). Offensichtlich werden letztere Phänomene, deren Berücksichtigung in der Palliative Care nicht zufällig eine zentrale Rolle einnehmen, von den verschreibenden Ärzten in ihrer Bedeutung für den Sterbe- und Suizidwunsch massiv unterschätzt.

Eine Studie mit Sterbewilligen, die bereits vor einigen Jahren in Kanada mit AIDS-Kranken durchgeführt wurde, hat schließlich gezeigt, dass vor allem zwei Erfahrungen besonders wesentlich zu sein scheinen, wenn Menschen einen Suizid in Erwägung ziehen:<sup>27</sup> Offenbar wird es dann besonders kritisch, wenn der Verlust der körperlichen Integrität, Ängste vor unkontrollierbaren Schmerzen und eine Situation der Isolierung, also die Unmöglichkeit, weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können, zusammentreffen. In einer solchen Situation entsteht offenbar der Wunsch, dem drohenden Selbstverlust durch einen Suizid zuvorzukommen.

#### 4. ETHISCHE DISKUSSION

Drei wichtige ethische Themenfelder betreffen erstens die Forderung nach einer Etablierung der Palliative Care, zweitens diejenige nach einem angemessenen Umgang mit den Mitteln der hochtechnisierten Medizin und drittens Versuche einer Etablierung und Normalisierung der Suizidhilfe. Diese Bereiche werden im Folgenden aufgegriffen, wobei methodisch ein induktiv-hermeneutischer Zugang verfolgt wird, in welchem es darum geht, ausgehend von Beobachtungen, Erfahrungen und Intuitionen ethische Orientierung zu gewinnen, diese jedoch gleichzeitig an grundlegenden normativen Maßstäben, beispielsweise dem Prinzip der Achtung der Menschenwürde und den vier medizinethischen Prinzipien der Autonomie, Fürsorge, dem Nicht-Schaden und der Gerechtigkeit, zu überprüfen.<sup>28</sup>

26 Vgl. Susanne Fischer et al., „Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians“, *Swiss Medical Weekly* 139 (2009), 333–338.

27 Vgl. James Lavery et al., „Origins of the Desire for Euthanasia and Assisted Suicide in People With HIV-1 or AIDS. A Qualitative Study“, *The Lancet* 358 (2001), 362–367.

28 Vgl. Markus Zimmermann-Acklin, *Bioethik in theologischer Perspektive. Grundlagen, Methoden, Bereiche*, 2. erweiterte Auflage, Freiburg i. Br. & Freiburg i. Üe.: Herder & Academic Press Fribourg, 2010, 15–50.

#### 4.1 PALLIATIVE CARE

Entstanden ist die Palliative Care-Bewegung in kritischer Auseinandersetzung mit Fehlentwicklungen in der Gesundheitsversorgung und der Gesellschaft insgesamt, die sich mit Begriffen wie Fragmentierung, Individualisierung, Medikalisierung, Spezialisierung und Ökonomisierung andeuten lassen.<sup>29</sup> Zu ihren Quellen zählen neben der Hospizbewegung mit ihrer neuen Aufmerksamkeit für das menschenwürdige Sterben maßgeblich die Psychosomatik und neuere spirituelle Bewegungen, die z. B. im Rahmen von New Age Orientierung an einem ganzheitlichen Leben suchen. Einer Medizin und Pflege, die sich einseitig als Reparaturwerkstatt für ausgefallene Körperfunktionen versteht, und Spitälern, welche die Anpassung ihrer Patienten an Abläufe eines möglichst effizienten Betriebs verlangen, stellt die Palliative Care-Bewegung in Anknüpfung an das Verständnis einer bio-psycho-sozialen Medizin als Ideal ein ganzheitliches Modell entgegen, das um die spirituelle Dimension erweitert wurde. Im Kern geht es um einen umfassenden Betreuungsansatz, letztlich ein neues Verständnis medizinischer Praxis.<sup>30</sup> Die offizielle Definition von Palliative Care in den „Nationalen Leitlinien Palliative Care“ von 2010 lautet:

„Die Palliative Care umfasst die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.“<sup>31</sup>

Während es der Palliative Care-Bewegung um eine grundlegende Erneuerung medizinischer Praxis geht, wird sie de facto – nicht nur aufgrund der historischen Verbindungen zur Hospizbewegung – in der klinischen Praxis und in öffentlichen Diskursen oftmals ausschließlich mit dem Lebensende in Verbindung gebracht. Seit Jahren verwendet die Palliative Care-Bewegung viel Energie darauf, dieses Missverständnis zu korrigieren: Palliative Maßnahmen können vielmehr während der gesamten Biographie eines Menschen wichtig werden, namentlich bei chronisch Kranken, ganz besonders bei chronischen Schmerzpatienten. Selbst dann, wenn aufgrund einer bestimmten Erkrankung das Lebensende abzusehen ist, möchte Palliative Care nicht erst dann wahrgenommen werden, wenn kurativ nichts mehr zu machen ist, sondern weit vorher, nämlich parallel und komplementär zu kurativen Behandlungsweisen.<sup>32</sup>

29 Vgl. Reimer Gronemeyer, *Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserm Leben einräumen können*, Frankfurt a. M.: Fischer, 2008.

30 Vgl. Roland Kunz, „Palliative Care: Keine neue medizinische Spezialität, sondern ein umfassender Betreuungsansatz“, *Schweizerische Ärztezeitung* 87 (2006), 1106–1114; Cornelia Knipping (Hg.), *Lehrbuch Palliative Care*, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage, Bern: Huber, 2007.

31 Bundesamt für Gesundheit & Gesundheitsdirektorenkonferenz (Hg.), *Nationale Leitlinien Palliative Care*, Bern, 2010, 8.

32 Ein viel beachtetes Beispiel für die Vorteile einer rechtzeitig einsetzenden palliativen Betreuung ist die Studie von Jennifer S. Temel et al., „Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer“, *New England Journal of Medicine* 363 (2010), 733–742: Die Patientinnen und Patienten, welche rechtzeitig palliative Unterstützung erhielten, haben nach



In dieser Hinsicht befinden sich Vertreterinnen und Vertreter der Bewegung gesellschaftlich heute in einem gewissen *double bind*: Einerseits möchten sie vom Klischee der besseren Sterbebegleitung wegkommen, welche dann einsetzt, wenn die „eigentlich richtige Medizin“ nichts mehr tun kann; zudem wollen sie keine weitere Spezialisierung innerhalb der Medizin begründen, da sie sich genau von dieser Tendenz der Subspezialisierung kritisch absetzen. Andererseits ist die Betonung des Lebensendes der einfachste Weg, gesellschaftliche Aufmerksamkeit zu erlangen, und die Spezialisierung der einzige Weg, in der Welt der wissenschaftlichen Medizin Forschungsgelder zu bekommen.

Angesichts dessen ist es wichtig, Missverständnisse, Fehlerwartungen und auch Gefahren im Zusammenhang mit Palliative Care deutlich zu markieren, wie dies beispielsweise in den medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur Palliative Care der Fall ist.<sup>33</sup> Beispiele für eine gelungene und zukunftsweisende Umsetzung von Palliative Care sind Initiativen, die zu einer Verstärkung der Vernetzung bestehender Institutionen beitragen und damit der fragmentierten Behandlung von Menschen entgegenwirken. Vorbildcharakter haben zudem die mobilen Palliative Care-Teams, welche flexibel arbeiten, neben somatischen Problemen auch psychische, soziale und spirituelle Leiden der Patienten wahr- und ernstnehmen, kranke Menschen Zuhause begleiten und ihnen damit ermöglichen, in ihrem gewohnten Ambiente leben und unter Umständen auch sterben zu können.

Eine ethisch umstrittene Praxis, die im Rahmen der Palliative Care Anwendung und Akzeptanz findet, ist die palliative Sedierung. Es geht um eine Form von Symptomkontrolle auf dem Weg einer Bewusstseinsdämpfung bzw. der Aufrechterhaltung eines Schlafzustands, nachdem bei einem terminalen Patienten alle Mittel zur Kontrolle quälender, so genannter therapierefraktärer Symptome ausgeschöpft wurden.<sup>34</sup> Wird dabei auf die Fortsetzung der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr verzichtet und stirbt ein Patient im bewusstlosen Zustand, ist das Vorgehen aufgrund der Nähe zur absichtlichen Lebensbeendigung ethisch umstritten. Die Richtlinien der SAMW zur Palliative Care heben darum die Bedeutung der informierten Zustimmung und damit der Autonomie des Patienten besonders hervor<sup>35</sup>, in der einschlägigen Literatur wird zudem auf die Bedeutung der Angemessenheit einer solchen Maßnahme und der Absicht des Handelnden verwiesen:<sup>36</sup> Eine palliative Sedierung sollte nur vorgenommen werden, wenn keine anderen Möglichkeiten mehr bestehen, ein für den Sterbenden unerträgliches Leiden zu lindern, wobei die Absicht des handelnden Arztes auf die Schmerzlinderung zielen soll und lediglich als Nebenfolge in Kauf genommen wird, dass ein Patient stirbt. Georg Bosshard,

eigenen Aussagen in ihren letzten Lebensmonaten nicht nur qualitativ besser gelebt als diejenigen der Vergleichsgruppe, sondern sie haben zudem länger gelebt, weniger aggressive Therapien erhalten und ihre Versorgung war finanziell günstiger.

33 Vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), *Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen*, Basel, 2006, 4 ([www.samw.ch](http://www.samw.ch)).

34 Vgl. Dietmar Weixler, Palliative Sedierung, in: Cornelia Knipping (Hg.), *Lehrbuch Palliative Care*, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage, Bern: Huber, 2007, 576–587, hier: 576.

35 Vgl. SAMW (Fn. 33), 11 f.

36 Vgl. Weixler (Fn. 34), 577; Georg Bosshard/Noémi de Stoutz/Walter Bär, „Eine gesetzliche Regulierung des Umgangs mit Opiaten und Sedativa bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende?“, *Ethik in der Medizin* 18 (2006), 120–132.

Noëmi de Stoutz und Walter Bär äußern sich zwar skeptisch zum Rekurs auf die Handlungsabsicht, kommen aber gleichwohl zum Schluss, dass eine rechtliche Regelung dieses heiklen Bereichs lediglich neue Unsicherheiten und Grauzonen schaffen würde, so dass sie von einer solchen abraten.<sup>37</sup>

Von besonderem Interesse ist die Tatsache, dass in den Niederlanden die dort als „dauerhafte tiefe Sedierung“ bezeichnete Praxis, die stets mit dem Tod des Patienten endet, in den vergangenen Jahren massiv zugenommen hat, nämlich von 5,6% aller Sterbefälle im Jahr 2001 auf 8,2% im Jahr 2005 und 12,3% im Jahr 2010.<sup>38</sup> Im gleichen Zeitraum ist die Praxis der ärztlichen Tötung auf Verlangen zunächst von 2,6% (2001) auf 1,7% (2005) zurückgegangen, um anschließend wiederum auf 2,8% im Jahr 2010 zu steigen.<sup>39</sup> Die Gründe für diese Entwicklungen sind weitgehend offen, auffällig ist allerdings die sehr hohe Inzidenz der terminalen Sedierung in den Niederlanden, die dort inzwischen als etablierte und normale ärztliche Praxis eingeschätzt wird und kausal in einem gewissen Zusammenhang mit der inzwischen etablierten Palliative Care stehen könnte.<sup>40</sup> Übertragen auf die Schweizer Größenordnungen würde dies bedeuten, dass in der Schweiz jährlich über 7'600 Patientinnen und Patienten im sedierten Zustand sterben würden. Über die tatsächliche Größenordnung in der Schweiz ist meines Wissens bislang nichts bekannt.

#### 4.2 UMGANG MIT DEN MITTELN DER TECHNISIERTEN MEDIZIN

Aufgrund der medizinischen Fortschritte ist die Frage, welche Maßnahmen nicht nur wirksam, sondern zusätzlich auch noch sinnvoll oder zweckmässig sind, im ärztlichen Alltag inzwischen alltäglich zu beantworten. Mit Blick auf die Einführung äußerst kostenintensiver Behandlungsmöglichkeiten beispielweise im Bereich onkologischer Medikamente gewinnt auch der Aspekt der Wirtschaftlichkeit zusehends an Bedeutung.<sup>41</sup>

Die Frage nach der Sinn- oder Nutzlosigkeit (englisch „Futility“) medizinischer Maßnahmen steht im Zentrum der oftmals schwierigen Entscheidungen, am Lebensende auf bestimmte Interventionen zu verzichten.<sup>42</sup> Georg Marckmann unterscheidet

37 Vgl. ebd., 131.

38 Vgl. Agnes van der Heide et al., „End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act“, *New England Journal of Medicine* 356 (2007), 1957–1965; Bregje D. Onwuteaka-Philipsen et al., „Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey“, *The Lancet* 380 (2012), 908–915; Bernard Lo, „Euthanasia in the Netherlands: what lessons for elsewhere?“, *The Lancet* 380 (2012), 869–870.

39 Vgl. ebd.

40 Vgl. Judith Rietjens et al., „Continuous Deep Sedation for Patients Nearing Death in the Netherlands: Descriptive Study“, *British Medical Journal* 336 (2008), 810–813.

41 Vgl. Georg Marckmann/Anna Mara Sanktjohanser/Jürgen in der Schmitt, *Sterben im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie*, in: Franz-Josef Bormann/Gian-Domenico Borasio (Hg.), *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin: De Gruyter, 2012, 351–367.

42 Vgl. Georg Marckmann, „Lebensverlängerung um jeden Preis? Ethische Entscheidungskonflikte bei der passiven Sterbehilfe“, *Ärztblatt Baden-Württemberg* 59 (2004), 379–382. Vgl. auch das Themenheft von *HEC-Forum (Health Care Ethics Committee Forum: An Interprofessional Journal on*

zwischen der Wirksamkeit und dem Nutzen einer Maßnahme: Ein Eingriff kann de facto wirksam sein, beispielsweise zur Stärkung des Kreislaufs beitragen oder die Funktion gewisser, zeitweise ausgefallener Organsysteme ersetzen, aber er muss deshalb noch nicht nützlich sein. Nutzen bzw. Nützlichkeit bezieht sich in seinem Begriffskonzept auf die *Befindlichkeit des betroffenen Patienten insgesamt*, während die Wirksamkeit lediglich etwas über die eingesetzte *Maßnahme* und deren physiologischen Folgen aussagt. Das Futility-Konzept zielt in diesem Sinne ausschließlich auf den Nutzen einer Maßnahme und damit auf die Gesamtbefindlichkeit einer Person.

Praktisch erwogen werden einerseits der *Verzicht* auf eine Therapie und andererseits der *Abbruch* bereits begonnener Maßnahmen (in Deutschland auch mit „Änderung des Behandlungsziels oder Therapiebegrenzung“ umschrieben). Psychologisch gesehen ist der Abbruch von Maßnahmen, der häufig mit einer Therapiezieländerung verbunden ist, oftmals schwieriger bzw. emotional belastender als ein Verzicht auf eine Maßnahme oder Therapiebegrenzung, da in diesen Fällen der einsetzende Sterbeprozess in der Regel kausal enger in Verbindung gebracht wird mit dem eigenen Handeln. Moralisch gesehen sind beide Handlungen gleichwertig zu beurteilen, das alleinige Faktum, dass es einmal um einen Abbruch und das andere Mal um einen Verzicht geht, qualifiziert die Handlungen moralisch nicht unterschiedlich.

Bei der Bestimmung der Nutzlosigkeit sind gemäß G. Marckmann zudem zwei Begriffsbereiche zu unterscheiden: *Nutzlosigkeit im engeren Sinne* zunächst meint, der Einsatz einer Therapie bleibe aller Voraussicht nach ohne Erfolg, sei also aus medizinischer Sicht wirkungslos. Selbst bei Anwendung einer Maximaltherapie könnte das Leben einer Patientin nicht mehr erhalten werden oder auch nur ein bestimmtes Heilungsziel „objektiv“ erreicht werden. *Nutzlosigkeit im weiteren Sinne* meint dagegen, dass nur Erfolgsaussichten bestehen, welche keine anzustrebenden Behandlungsziele mehr darstellen. D. h., dass die zu erwartende Lebensqualität den Einsatz einer weiteren Maßnahme nicht mehr lohnt bzw. die Intervention voraussichtlich mehr Schaden als Nutzen für den Patienten darstellt. Georg Marckmann schreibt:

„Während es sich bei der *Nutzlosigkeit im engeren Sinne um rein medizinisch-fachliche Urteile* handelt, erfordert die *Nutzlosigkeit im weiteren Sinne Bewertungen*: Was ist eine geringe Erfolgsaussicht? Wann ist die Lebensqualität als inakzeptabel zu bewerten? Und auch Nutzen und Schaden sind evaluative, d. h. wertende Begriffe.“<sup>43</sup>

Der Nutzen oder Schaden wird stets auf ein bestimmtes Woraufhin bestimmt, Nutzen wozu? Schaden bezogen auf was? – und sind damit relative Begriffe, die auf zugrunde gelegte Wertungen hinweisen.

Für die Frage nach einem Behandlungsabbruch oder -verzicht ergibt sich aus diesen Überlegungen heraus folgende Konsequenz: Ist der Einsatz einer Maßnahme im engeren Sinne oder quantitativ gesehen nutz-, weil wirkungslos, so ist eine einseitig ärztliche Entscheidung gerechtfertigt bzw. aus ethischer Sicht sogar geboten, um das Zufügen von Schaden zu verhindern und die Verschwendung von Ressourcen zu verhindern. Die Entscheidung darüber, ob eine Nutzlosigkeit im weiteren oder qualitativen Sinne vorliegt, ist im Prinzip dem betroffenen Patienten zu überlassen, da die Vorstellungen über Lebenswert und Lebensqualität sehr verschieden sind und auch je

*Healthcare Institutions' Ethical and Legal Issues* 19 (2007), Heft 1, mit einem Editorial von Griffin Trotter, „Futility in the 21<sup>st</sup> century“, 1–12.

43 Marckmann (Fn. 42), 380.

nach Lebenssituation stark divergieren; so kann es sein, dass eine Frau unbedingt noch die Geburt ihres Enkelkindes oder den Schulabschluss ihrer ältesten Tochter erleben möchte, und darum eine Reihe von Therapien auf sich nehmen möchte, die aus Sicht eines anderen Patienten mehr Schaden als Nutzen erbringen. Susan B. Rubin betont die Gefahr, dass Ärztinnen ihre eigene Sicht von Leben, Sterben und Leiden in einem maternalistischen Sinne bei Entscheidungen am Krankenbett anwenden könnten, was sie zu Recht für problematisch hält.<sup>44</sup> Allerdings betont sie auch, dass die Medizin unvermeidlich und wesentlich eine *soziale* (und nicht nur individuelle) Praxis darstelle, medizinische Entscheidungen daher notwendig immer auch soziale Ansichten, Werte, Werthaltungen beinhalten und transportierten. Wichtig sei, diese Gegebenheit wahrzunehmen, anzuerkennen und möglichst bewusst und offen damit umzugehen.

Schwierig wird es, wenn der Patient eine Therapie verweigert bzw. als sinnlos ablehnt, obgleich sie aus Sicht der Ärztin hilfreich wäre; hier wiegt im Zweifelsfall der Wille des Patienten stärker als die Fürsorge und ist letztlich – nach erfolgter Aufklärung und Ausschluss von Depressionen etc. – zu achten; eine Variante besteht darin, dass Eltern beispielsweise für ihr Neugeborenes eine Therapie verweigern, welche aus Sicht der Ärzte angezeigt wäre; hier muss unter Umständen die Erwachsenenschutzbehörde eingeschaltet werden, auf alle Fälle dann, wenn es um Leben und Tod des kleinen Patienten geht.

Ebenfalls eine Schwierigkeit entsteht dann, wenn ein Patient im Hinblick auf schwierige Therapieentscheidungen am Lebensende nicht mehr urteilsfähig ist. Aus ethischer Sicht ist dann der mutmaßliche Wille des Patienten entscheidend, dass heißt der Wille, den der Patient zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung mit großer Wahrscheinlichkeit äußern würde, wenn er urteilsfähig wäre. Zur Bestimmung des mutmaßlichen Willens können insbesondere Patientenverfügungen, Vertretungspersonen sowie frühere Äußerungen, die sich auf die aktuelle Situation beziehen lassen, hilfreich sein. Erfahrungen zeigen, dass die Patientenverfügungen alleine ihren Zweck nur bedingt erfüllen. Dazu kommt, dass bislang nur ein kleiner Teil der Bevölkerung eine Verfügung erstellt hat. Zur Sicherung des Patientenwillens bei Entscheidungen am Lebensende scheint sich dagegen das Konzept einer umfassenden Vorausplanung (*Advance Care Planning*) eher zu bewähren.<sup>45</sup> Es besteht darin, dass erstens in einem professionell begleiteten Gesprächsprozess rechtzeitig mit einem Patienten dessen Präferenzen festgelegt werden, und dass gleichzeitig zweitens die in der Gesundheitsversorgung Tätigen so geschult werden, dass sie diese Vorausverfügungen kennen und auch respektieren.

### 4.3 SUIZIDHILFE

Die Forderung einer Etablierung, d. h. einer Regelung und Normalisierung der Suizidhilfe ist aus ethischer Sicht zu Recht umstritten. Es lassen sich drei Problemzonen identifizieren, die einer vertieften gesellschaftlichen Debatte bedürfen.<sup>46</sup>

44 Vgl. Susan B. Rubin, „If We Think It’s Futile, Can’t We Just Say No?“, *HEC-Forum* 19 (2007), 45–65.

45 Vgl. Karen M. Detering et al., „The Impact of Advance Care Planning on End of Life Care in Elderly Patients. Randomised Controlled Trial“, *British Medical Journal* 340 (2010), c1345.

46 Vgl. Christoph Rehmann-Suter u. a. (Hg.), *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin*, Bern: Peter Lang, 2006; Zimmermann-Acklin (Fn. 28), 321–335.

Erstens geht es um die Frage nach dem Verfügungsrecht über das eigene Leben. Seit dieses Recht außerhalb religiöser Ethiken kaum mehr ernsthaft infrage gestellt wird, konzentrieren sich die Auseinandersetzungen im Rahmen dieser grundsätzlichen Fragestellung heute insbesondere auf die Frage nach der Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit eines auf einer freien Entscheidung beruhenden Bilanzsuizids.<sup>47</sup> Die damit verbundene Unsicherheit ist insbesondere mit Blick auf die Beurteilung der Suizidalität von psychisch kranken Menschen virulent: Inwieweit ist ein Suizidwunsch Teil der Erkrankung, wann ist er ein freier Entschluss, der in Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankung gefällt wurde? Zweitens ist die Beihilfe zu bedenken: Was heißt es, als Begleiter gemeinsam mit einer sterbewilligen Person zu der Auffassung zu kommen, es gäbe keinen anderen Ausweg mehr als die Selbsttötung? Hier stellen sich beispielweise Probleme hinsichtlich der Distanz und Nähe zwischen Sterbewilligem und Helfendem, die bislang kaum diskutiert wurden. Drittens sind die gesellschaftlichen Folgen einer etablierten Praxis der Suizidhilfe zu überdenken. Hier geht es insbesondere darum, wie Missbrauch und Ausweitungseffekte zu verhindern sind sowie um die schwierige Abgrenzung der staatlichen Pflicht zum Lebensschutz besonders vulnerabler Menschen und der Akzeptanz von Suizidhilfeorganisationen.

Ist der Suizid eine humane Möglichkeit, eine unerträgliche Situation zu beenden, dem Sterben gleichsam zuvorzukommen? Der Entschluss ist radikal und die Handlung unwiderruflich, was angesichts der erwähnten Ambivalenzen bei Todeswünschen als besonders problematisch erscheint. Die Selbsttötung steht darum aus Sicht einer christlichen Ethik unter moralischem Vorbehalt, sie ist oft, wenn auch nicht immer, Symptom und nicht Therapie einer schweren Belastung, und steht daher zusätzlich unter medizinisch-psychiatrischem Vorbehalt. Aufgrund dieses doppelten Caveats ist auch die Beihilfe mit großer Verantwortung verbunden und ethisch bedenklich. Als etablierte und rechtlich geregelte Praxis ist sie aufgrund der Gefährdung der ärztlichen Berufsintegrität und Fürsorgepflicht abzulehnen. Mit Blick auf die Erfahrungen in Oregon bleibt zu fragen, ob ein Staat zugunsten der Erweiterung der Handlungsfreiheit einiger Weniger das Wohlergehen vieler, namentlich von Menschen mit psychischen Krankheiten, gefährden sollte.

Darüber hinaus stellen sich mit Blick auf eine mögliche gesetzliche Regelung der Suizidhilfe eine Reihe schwieriger praktischer Fragen, auf welche die Schweizer Nationale Ethikkommission in einer Stellungnahme hingewiesen hat:<sup>48</sup> Wenn die Suizidhilfeorganisationen staatlich beaufsichtigt werden, erhält ihre Praxis damit gleichzeitig auch eine offizielle Anerkennung, die falsche Signale setzen könnte. Soll die Suizidhilfe auch für Kinder und Jugendliche erlaubt werden? Wie soll die Suizidhilfe praktisch in Pflegeheimen geregelt und durchgeführt werden? Besonders schwierig und umstritten ist die Rolle, welche die Ärzteschaft übernehmen soll: Während der Gesetzgeber ein Interesse daran hat, die Ärzte als Kontrollinstanz möglichst stark in die Praxis der Suizidhilfe einzubinden, sind die Ärzte selbst nur

47 Vgl. Adrian Holderegger, *Suizid – Leben und Tod im Widerstreit*, Freiburg i. Ue.: Paulus-Verlag, 2002, 110–121; Dagmar Fenner, *Suizid – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit? Eine medizin-ethische Untersuchung*, Freiburg/München: Alber-Verlag, 2008; Matthias Bormuth, *Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert*, Göttingen: Wallstein-Verlag, 2008.

48 Vgl. Nationale Ethikkommission, Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme 9/2005, Bern ([www.nek-cne.ch](http://www.nek-cne.ch)), 2005, 65–77.



bedingt gewillt, diese Funktion zu übernehmen, da die Praxis nicht mit ihrem traditionellen beruflichen Ethos vereinbar ist, dass im Heilen, Pflegen und Begleiten besteht. Erfahrungen aus Oregon und der Schweiz zeigen, dass mit einer Etablierung der Suizidhilfe entgegen häufig geäußerter Erwartungen die öffentlichen Diskussionen nicht beendet, sondern eher intensiver werden.

Die Untersuchungen zu den Sterbewünschen haben zudem ergeben, dass diese tendenziell unbeständig sind und dass die Palliative Care bestrebt ist, rechtzeitig auf Ängste und Bedrohungen einzugehen: Sie versucht dies, indem sie die Erhaltung der Lebensqualität ins Zentrum stellt, Ängsten vor unerträglichen Schmerzen und erst Recht realen Schmerzen rechtzeitig und effizient entgegnet und indem sie nicht nur den Patienten betreut, sondern stets auch dessen Umfeld mit einbezieht. Damit setzt sie offensichtlich an den entscheidenden Schwierigkeiten an und versucht, dem drohenden Selbstverlust schwer leidender Menschen entgegenzuwirken.

Insofern ist es auch wenig überraschend, dass in der Palliative Care-Bewegung und bei den Suizidhilfeorganisationen ähnliche Werte vertreten werden: Beiden ist es wichtig, die Selbstbestimmung des Patienten zu betonen, Schmerzen als etwas Negatives zu bekämpfen, der Reduktion des Menschen auf seine biologischen Bedingungen entgegenzuwirken und ihn als ganze Person wahrzunehmen, ein „kontrolliertes“ bzw. bewusst gestaltetes Sterben zu ermöglichen und die Ansicht stark zu machen, der Tod sei nicht das größte Übel und nicht unter allen Umständen zu verhindern.<sup>49</sup> Der entscheidende Unterschied besteht offensichtlich in der speziell in den Suizidhilfeorganisationen bestehenden Bereitschaft, ab einem gewissen Punkt „aufzugeben“ und zuzulassen, dass nur noch die Lebensbeendigung einen Ausweg aus einer unerträglichen Situation darstellt. Während im Bereich von Palliative Care die Kräfte darauf konzentriert werden, diese Grenzüberschreitung und damit eine Verletzung des kulturell nicht umsonst tief verankerten (Selbst-)Tötungsverbots möglichst zu vermeiden, gehen die Suizidhilfeorganisationen davon aus, dass sich diese Überschreitung grundsätzlich nicht verhindern lasse und die Lebensbeendigung als eine Wahlmöglichkeit etabliert werden sollte.

## 5. AUFGABEN

Bevor wichtige Weichenstellungen vorgenommen werden, in der Politik z. B. durch Professionalisierung und Institutionalisierung bestimmter Bereiche, und im Recht beispielsweise durch Ergänzungen des Strafgesetzbuchs oder die Schaffung eines neuen Bundesgesetzes zur Sterbehilfe, sollten drei Aufgaben intensiver als bisher wahrgenommen werden.

Erstens wäre es wichtig, die öffentlichen Debatten verstärkt zu führen: Wir wissen nach wie vor zu wenig, was sich Bürgerinnen und Bürger am Lebensende wünschen bzw. wie sie die zu fällenden Entscheidungen beurteilen. Gewisse begrenzte politische und rechtliche Maßnahmen erscheinen zweitens bereits heute angebracht, beispielsweise die Förderung der Palliative Care auch für nicht-Onkologie-Patienten und in ländlichen Gebieten, die Etablierung eines Aufsichtsgesetzes für Sterbehilfeorganisationen oder die Unterstützung von Bedingungen, die es auch berufstätigen

49 Vgl. Hurst/Mauron (Fn. 12).

Bürgerinnen und Bürgern ermöglicht, ihre Angehörigen im Sterben zu begleiten. Drittens ist es sinnvoll, die Lebensende-Forschung zu intensivieren, wie dies im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms NFP 67 „Lebensende“ bereits durchgeführt wird.<sup>50</sup> Nur auf diese Weise kann die Wissensbasis dafür geschaffen werden, um grundlegende Entscheidungen in Politik und Recht in Zukunft zu ermöglichen. Offene Fragen betreffen im Grunde alle aufgegriffenen Themen und Bereiche: Wer nimmt beispielsweise aus welchen Gründen eine Suizidhilfe in Anspruch? Wer hat aus welchen Gründen eine Patientenverfügung ausgefüllt, wer nicht? Wer hat heute Zugang zur Palliative Care? Wie weit geht die Bereitschaft, die hohen und steigenden Kosten für die gesundheitliche Versorgung am Lebensende sozial für alle zu finanzieren? Was wird heute unter einem guten bzw. schlechten Sterben verstanden? Wie wirkt sich das neue Erwachsenenschutzgesetz auf Entscheidungen am Lebensende aus?

Was gesellschaftlich verbreitete *Ideale* um Sterben und Tod betrifft, stellt die *einseitige* Orientierung an Kontrolle und Sicherstellung heute sicherlich ein Problem dar. Selbstbestimmung ist ja erst dann möglich, wie Martin Seel geschrieben hat, wenn wir bereit sind, uns von Anderem, Anderen und auch von uns selbst *überraschen* zu lassen.<sup>51</sup> Allan Kellehear, ein englischer Soziologe, der seit Jahrzehnten Sterben und Tod erforscht, meinte: „Dying, like life itself, can still surprise us with the unexpected and the positive, often even in what seems to be our darkest hour.“<sup>52</sup>

50 Vgl. dazu die Angaben auf der offiziellen Website [www.nfp67.ch](http://www.nfp67.ch).

51 Vgl. Martin Seel, „Aktive und passive Selbstbestimmung“, *Merkur* 54 (2000), 626–632.

52 Allan Kellehear, What the social and behavioural studies says about dying, in: Allan Kellehear (Ed.), *The study of dying. From autonomy to transformation*, Cambridge: Cambridge University Press 2009, 1–26, hier: 17.